

L'impact du suicide d'un patient chez des professionnels en santé mentale

Différences entre les femmes et les hommes

Melissa Henry, Monique Séguin et Marc-Simon Drouin

Volume 21, numéro 1, automne 2008

Prévenir le suicide

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/037874ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/037874ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1180-3479 (imprimé)

1916-0976 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Henry, M., Séguin, M. & Drouin, M.-S. (2008). L'impact du suicide d'un patient chez des professionnels en santé mentale : différences entre les femmes et les hommes. *Frontières*, 21(1), 53–63. <https://doi.org/10.7202/037874ar>

Résumé de l'article

Cet article rapporte les résultats d'une recherche réalisée auprès de 141 professionnels en santé mentale pratiquant au Québec et ayant vécu le suicide d'un patient. Les professionnels ont réagi à cet événement différemment en fonction de leur sexe. Les femmes y ont répondu par un niveau de stress élevé au cours du premier mois, alors que les hommes ont dévoilé un niveau de stress faible. Le niveau élevé de stress relevé chez les femmes était accompagné de répercussions initialement plus intenses sur leur pratique professionnelle : tendance accrue à hospitaliser des patients suicidaires ou précautions accrues dans leur traitement, évaluation d'un plus grand nombre de patients comme présentant un risque de suicide, sentiment accru d'impuissance lors de l'évaluation ou du traitement de patients suicidaires, consultation plus fréquente de collègues et de superviseurs, attention accrue aux aspects légaux dans la pratique. L'article tente de mieux comprendre les différences entre les réactions des professionnels observées selon leur sexe, à la lumière des théories de la socialisation et du développement professionnel.

Résumé

Cet article rapporte les résultats d'une recherche réalisée auprès de 141 professionnels en santé mentale pratiquant au Québec et ayant vécu le suicide d'un patient. Les professionnels ont réagi à cet événement différemment en fonction de leur sexe. Les femmes y ont répondu par un niveau de stress élevé au cours du premier mois, alors que les hommes ont dévoilé un niveau de stress faible. Le niveau élevé de stress relevé chez les femmes était accompagné de répercussions initialement plus intenses sur leur pratique professionnelle : tendance accrue à hospitaliser des patients suicidaires ou précautions accrues dans leur traitement, évaluation d'un plus grand nombre de patients comme présentant un risque de suicide, sentiment accru d'impuissance lors de l'évaluation ou du traitement de patients suicidaires, consultation plus fréquente de collègues et de superviseurs, attention accrue aux aspects légaux dans la pratique. L'article tente de mieux comprendre les différences entre les réactions des professionnels observées selon leur sexe, à la lumière des théories de la socialisation et du développement professionnel.

Mots clés : *suicide d'un patient – impact – sexe – professionnels en santé mentale.*

Abstract

This article presents the results of a study of 141 mental health professionals who have experienced a patient's suicide. Results indicate that mental health professionals reacted to such suicides in different ways according to gender. Women generally responded with elevated stress levels in the first month, while men experienced stress levels that were subclinical on average. The high stress response found in women was also initially accompanied by more profound impacts on their professional practice : increased hospitalizations of suicidal patients or greater precautions in their treatment, increased evaluation of patients as being at risk for suicide, increased helplessness while assessing or treating suicidal patients, more frequent consultation of colleagues and supervisors and more attention to legal issues. Gender differences found in this study are discussed in the light of socialization and professional development theories.

Keywords : *patient suicide – impact – gender – mental health professionals.*

L'impact du suicide d'un patient chez des professionnels en santé mentale

Différences entre les femmes et les hommes

Melissa Henry, Ph.D.¹,

chercheure, CRISE, professeure associée, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

Monique Séguin, Ph.D.,

professeure titulaire, Département de psychologie, Université du Québec en Outaouais, Groupe McGill d'études sur le suicide, Montréal.

Marc-Simon Drouin, Ph.D.,

professeur agrégé, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Groupe McGill d'études sur le suicide, Montréal.

On estime qu'un suicide affecte profondément au moins six personnes dans l'entourage immédiat de la personne décédée (Shneidman, 1969). Parmi les proches affectés se trouvent les professionnels de la santé qui la traitaient avant qu'elle ne meure. La recherche indique que le suicide d'un patient est un événement fréquent dans la pratique clinique des professionnels en santé mentale : 22 % à 39 % des psychologues (Chemtob *et al.*, 1989; Trimble *et al.*, 2000) et 51 % à 82 % des psychiatres (Chemtob *et al.*, 1989; Cryan *et al.*, 1995) ont rapporté avoir vécu cet événement dans l'exercice de leur profession. Aucune donnée empirique n'existe en ce qui concerne

le nombre d'infirmiers(ères) en psychiatrie affectés (Collins, 2003).

Les données de la littérature laissent entendre que le suicide d'un patient touche les thérapeutes tant au plan personnel que professionnel, et que leurs réactions sont semblables à celles retrouvées chez les endeuillés par suicide (Foster et M.A. ams, 1999; Farberow, 2005; Grad *et al.*, 1997; Kleespies *et al.*, 1990; 1993; Meade, 1999; Pieters *et al.*, 2003; Ruben, 1990; Sudak, 2007; Tillman, 2006; Weiner, 2005). Les réactions fluctuent en fonction de plusieurs facteurs, dont l'expérience clinique du thérapeute, sa personnalité et ses zones de conflits internes, la nature du lien thérapeutique établi avec le patient et le degré d'ambivalence dans cette relation, les éléments contextuels au décès incluant les réactions négatives de l'institution, les poursuites légales, les réactions hostiles de la famille du patient décédé, les événements de vie stressants vécus par le professionnel au moment du suicide, ainsi que le soutien social obtenu (Alexander *et al.*, 2000; Chemtob *et al.*, 1988a; Cotton *et al.*, 1983; Cryan *et al.*, 1995; Dewar *et al.*, 2000; Goodman, 1995; Hendin

et al., 2004; Henry et al., 2003; 2004; Horn, 1995; Howard, 2000; Kleespies et al., 1990; 1993; Lapp, 1986; M.A.ams et Foster, 2000; Tillman, 2006; Trimble et al., 2000).

Outre les variables mentionnées, la littérature indique que l'adaptation à un événement traumatique, tel que la perte par suicide, peut être influencée par le sexe de la personne y faisant face. Les femmes réagissent habituellement à la perte par des réactions émotives intenses et la recherche de soutien social. Les hommes auraient plutôt tendance à intellectualiser et à utiliser des stratégies d'adaptation orientées vers les solutions (Doka, 2003; Martin et Doka, 2000; Stroebe, 2001; Stroebe et Schut, 2001). Au-delà des différences entre les sexes, une oscillation entre la confrontation émotive, la solution de problèmes et l'évitement de la perte semblent faciliter l'adaptation au décès en permettant à l'individu de s'ajuster en fonction de ce qui est requis dans l'immédiat (Bonanno et al., 2004; Bonanno et Kaltman, 1999).

Des études descriptives soulignent aussi que les professionnelles réagissent plus fortement au suicide d'un patient que leurs collègues de sexe masculin (Grad et Michel, 2005; Hendin et al., 2004; Lapp, 1986), les femmes manifestant davantage de culpabilité et de honte que les hommes (87% et 31% contre 50% et 0% respectivement). De plus, les femmes remettent en doute plus facilement leurs compétences et ont besoin davantage de consolation et de réconfort, alors que plus d'hommes réagissent en vaquant à leurs activités professionnelles habituelles (50% des femmes comparativement à 75% des hommes) (Grad et al., 1997).

Les recherches descriptives mentionnées ci-dessus utilisent des questionnaires construits par les auteurs afin de mesurer l'intensité des réactions de professionnels en santé mentale à la suite du suicide d'un patient, alors que M.A.ams et Foster (2000), en utilisant une mesure standardisée, le *Impact of Event Scale* (IES), ne retrouvent aucune différence quant à l'intensité des réactions à la suite de l'événement en fonction du sexe des professionnels. Ces derniers auteurs n'incluent cependant aucune consigne spécifique quant au suicide ciblé dans la réponse au questionnaire. Or, les professionnels sont souvent confrontés à plus d'un suicide au cours de leur carrière (Courtenay et Stephens, 2001; Cryan et al., 1995; Henry et al., 2004; Horn, 1995; Pieters et al., 2003). Il se peut donc que l'absence de différence rapportée reflète davantage une prédisposition des professionnels, à défaut de consigne claire, à répondre en fonction du suicide ayant eu le plus d'impact sur

eux. Cette tendance pourrait résulter en un plafonnement des réponses, ce qui risquerait de minimiser les différences retrouvées dans la réaction des professionnels selon leur sexe. Au contraire, nous postulons que les différences retrouvées en fonction du sexe des professionnels dans les études descriptives (Grad et Michel, 2005; Hendin et al., 2004; Lapp, 1986) pourraient aussi se retrouver en utilisant des instruments de mesure standardisés, si la consigne était de répondre au questionnaire en fonction du dernier suicide vécu.

Cette recherche de nature exploratoire vise à identifier comment les professionnels peuvent réagir différemment en fonction de leur sexe au suicide d'un patient. Nous souhaitons également cerner les répercussions de cet événement sur les pratiques professionnelles en fonction du sexe, étant donné le manque d'information à cet égard dans la littérature. Cet article est basé sur des analyses secondaires reliées à une étude antérieure (Henry et al., 2004).

MÉTHODOLOGIE

RECRUTEMENT

Trois types de professionnels ont été recrutés pour participer à cette recherche, soit: les psychiatres, les psychologues et les infirmiers(ères) en psychiatrie. Les participants ont été recrutés entre janvier et juin 2003 par l'entremise d'un questionnaire accompagné d'une lettre signée par les présidents de chaque ordre ou association professionnel ciblé. Tous les professionnels ont été sollicités pour répondre à la première partie du questionnaire concernant leurs caractéristiques démographiques (âge, sexe, années de pratique, orientation thérapeutique, niveau de scolarité, cadre de travail) et l'occurrence du suicide d'un patient dans leur carrière. Les professionnels ayant vécu le suicide d'un patient étaient encouragés à remplir tout le questionnaire en y répondant en fonction du dernier patient suicidé, sans critère d'exclusion quant au temps écoulé depuis le décès.

Les professionnels ont été relancés deux fois pour participer à l'étude. Les membres de l'Ordre des psychologues du Québec ou OPQ (4018 membres possédant une adresse électronique) et de l'Association des médecins psychiatres du Québec ou AMPQ (350 membres possédant une adresse électronique) ont été joints par courriel; ceux de l'Association québécoise des infirmiers et infirmières en psychiatrie et en santé mentale ou AQISM (248 membres), par la poste. Selon leur préférence, les participants avaient le choix de répondre au questionnaire par courriel ou sur papier au moment de la demande de participation.

INSTRUMENTS DE MESURE

Impact of Event Scale (IES)

Le IES (Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979) est un questionnaire auto-administré de 15 items mesurant la détresse vécue à la suite d'un événement stressant en fonction de deux sous-échelles: l'intrusion et l'évitement rattaché à l'événement traumatique. Les participants répondent à chaque item selon une échelle de Likert allant de 1 (jamais) à 4 (souvent). Parmi les items mesurant l'intrusion, nous retrouvons: «J'ai pensé à cet événement même lorsque je ne le souhaitais pas», «J'ai eu de la difficulté à m'endormir ou à rester endormi parce que des images ou des pensées de l'événement me venaient à l'esprit», «J'ai eu des sentiments intenses liés à cet événement qui me venaient par vague». Parmi les items mesurant l'évitement, nous retrouvons: «J'ai essayé d'effacer cet événement de ma mémoire», «J'ai évité d'être en contact avec ce qui pouvait me rappeler l'événement», «J'ai essayé de ne pas parler de l'événement». Les professionnels ont situé leurs réactions dans l'échelle en rapportant leur niveau de détresse durant le premier mois suivant le décès de leur patient. Un score global au-dessus de 19 à l'IES indique la présence d'un état de stress aigu ou cliniquement significatif, tandis qu'un score de moins de 8,5 indiquerait plutôt une intensité de réaction faible ou non significative (M.A.ams et Foster, 2000). La version française présente une validité interne (alpha de Cronbach) de 0,87 pour l'échelle totale, de 0,87 pour l'échelle d'intrusion et de 0,79 pour celle d'évitement (Cyr et al., 1996; 2001).

Grief Experience Questionnaire (GEQ)

Le GEQ (Barrett et Scott, 1989) est un questionnaire auto-administré de 55 items mesurant les réactions de deuil. Les participants répondent à chaque item selon une échelle de Likert allant de 1 (jamais) à 5 (presque toujours). Parmi les items du questionnaire, nous retrouvons: «à quelle fréquence avez-vous... senti que les autres ont pu vous blâmer pour le décès?», «senti de la colère ou du ressentiment envers votre patient suite au décès?», «senti que vous avez manqué un signe précoce qui aurait pu vous indiquer que votre patient ne demeurerait pas en vie encore longtemps?». Ce questionnaire a été soumis à une retraduction basée sur les recommandations de Vallerand (1989) et légèrement adapté pour correspondre au contexte des professionnels en santé mentale. Une étude psychométrique de la validité interne du GEQ-version française fut réalisée après la collecte des données et n'a démontré aucune sous-échelle au questionnaire (alpha de Cronbach: 0,96).

TABLEAU 1

VARIABLES ASSOCIÉES AUX PROFESSIONNELS, AU TRAITEMENT, AUX ÉVÉNEMENTS SURVENUS À LA SUITE DU SUICIDE DU PATIENT ET À LA FORMATION SUR LE SUICIDE

	n (%) / × (ÉT)		dl	F / χ^2	p
	H = 52	F = 89			
Temps écoulé depuis le suicide du patient (années)	6,8 (6,3)	5,3 (5,9)	1;127	1,80	0,18
Variables des professionnels :					
âge	40,1 (1,4)	40,6 (1,0)	1;128	0,11	0,74
années de pratique	13,0 (1,3)	12,3 (1,0)	1;130	0,18	0,67
% de contact clinique direct auprès des patients	75,3 (3,7)	72,6 (2,9)	1;132	0,34	0,56
secteur de pratique			1;139	0,14	0,71
public	43 (82,7)	74 (85,1)			
privé	9 (17,3)	13 (14,9)			
Variables reliées au traitement :					
durée de la relation			3;127	3,0	0,39
1-5 contacts (évaluation)	12 (25)	23 (29,1)			
5-12 contacts (court terme)	14 (29,2)	17 (21,5)			
12-52 contacts (moyen terme)	16 (33,3)	21 (26,6)			
52 + contacts (long terme)	6 (12,5)	18 (22,8)			
contacts sur une base individuelle	39 (79,6)	66 (82,5)	1;129	0,17	0,68
contrat de non-suicide	20 (40,8)	26 (33,8)	1;126	0,64	0,42
au courant des idéations suicidaires du patient	34 (69,4)	58 (69,9)	1;132	0,00	0,95
proximité affective au patient ¹	3,4 (1,5)	3,3 (1,6)	1;130	0,05	0,83
Événements survenus suite au suicide du patient :					
médiatisation du suicide	7 (14,6)	17 (21,3)	1;128	0,88	0,35
découverte du corps	1 (2,1)	5 (6,3)	1;128	1,2	0,28
poursuites légales	0 (0)	2 (2,5)	1;128	1,2	0,27
réactions négatives de l'entourage					
famille du patient	9 (18,8)	11 (13,8)	1;128	0,57	0,45
collègues	1 (2,1)	6 (7,6)	1;127	1,8	0,19
réseau personnel	0 (0)	3 (3,8)	1;128	1,8	0,18
note de suicide	3 (6,3)	4 (5,1)	1;127	0,08	0,78
avec contenu agressif envers le professionnel	1 (2,1)	1 (1,3)	1;128	0,14	0,71
Formation sur le suicide :					
formation théorique	41 (85,4)	66 (83,5)	1;127	0,08	0,78
formation clinique	33 (68,8)	43 (56,6)	1;124	1,8	0,18
information sur la possibilité de perdre un patient par suicide	42 (87,5)	64 (81)	1;127	0,91	0,34
information sur l'impact du suicide d'un patient	10 (20,8)	13 (16,7)	1;126	0,35	0,56

1. Les professionnels ont noté leur degré d'accord avec l'énoncé suivant : « J'étais très proche du patient » ; sur une échelle de Likert allant de 1 = fortement en désaccord à 6 = fortement en accord.

Questionnaire sur les réactions professionnelles

Un questionnaire auto-administré a mesuré l'impact du décès sur les pratiques professionnelles, un mois après le décès et actuellement. Ce questionnaire comprend 23 items inspirés des réactions professionnelles répertoriées dans l'ensemble des recherches empiriques sur le sujet (Chemtob *et al.*, 1988a; 1988b;

Goodman, 1995; Horn, 1995; Howard, 2000; Kleespies *et al.*, 1990; 1993; Lapp, 1986; Schnur et Levin, 1985). Les participants répondent à chaque item selon une échelle de Likert allant de 1 (aucun impact) à 7 (impact élevé). Parmi les réactions professionnelles mentionnées dans le questionnaire, nous retrouvons : une anxiété accrue lors de l'évaluation et/ou du traitement de patients suicidaires, une inquiétude accrue concernant la compé-

tence d'évaluer et/ou de traiter des patients suicidaires, une tendance accrue à hospitaliser des patients suicidaires ou des précautions accrues dans leur traitement. Une étude psychométrique de la validité interne de cet instrument s'est avérée satisfaisante et n'a démontré aucune sous-échelle au questionnaire (alpha de Cronbach : 0,96 [impact après le premier mois], 0,93 [impact actuel]).

Questionnaire sur les variables associées

Un questionnaire a été construit afin de mesurer les caractéristiques démographiques du patient suicidé (date du décès, âge, sexe, diagnostic principal), les modalités du traitement de ce patient (durée de la relation, degré de proximité affective au patient), le type de traitement (individuel, couple, famille, groupe), le rôle du professionnel dans le traitement, la date du dernier contact avec le patient, la formation théorique et l'expérience clinique avec la problématique du suicide, ainsi que le stress occupationnel associé au décès (poursuites légales, médiatisation de l'événement, découverte du corps du patient décédé, réactions négatives de l'entourage personnel et professionnel).

Soutien reçu par certaines interactions et activités

Un questionnaire auto-construit de 23 items a mesuré le degré de soutien reçu par certaines interactions et activités. Les participants ont répondu à chaque item selon une échelle de Likert allant de 1 (non aidant) à 7 (très aidant). Parmi les sources de soutien incluses dans le questionnaire, nous retrouvons : la discussion avec un ou des collègues ayant vécu le suicide d'un patient, la participation à une revue formelle des circonstances entourant le suicide du patient, la présence aux funérailles du patient. Une étude psychométrique de la validité interne de cet instrument s'est avérée satisfaisante et n'a démontré aucune sous-échelle au questionnaire (alpha de Cronbach : 0,85).

ANALYSES STATISTIQUES

Des ANOVAs et khi² ont d'abord été effectuées pour décrire l'échantillon et déterminer l'influence du type de profession et du temps écoulé depuis le décès du patient sur l'intensité des réactions chez les professionnels. Ensuite, des ANOVAs ont été menées afin de déterminer les différences de réactions entre les hommes et les femmes à la suite du suicide d'un patient. Enfin, une régression logistique avec méthode ascendante pas à pas a été effectuée afin de déterminer les variables prédisant l'intensité des réactions sur

TABLEAU 2
ANALYSE DE VARIANCE DES RÉACTIONS DES PROFESSIONNELS EN SANTÉ MENTALE
À LA SUITE DU SUICIDE D'UN PATIENT

	<i>n</i> (%) / \times (ÉT)		<i>dl</i>	<i>F</i> / χ^2	<i>p</i>
	<i>H</i>	<i>F</i>			
Impact of Event Scale (IES)	13,4 (11,2)	21,2 (14,7)	1;125	8,9**	0,004
intrusion	8,6 (7,2)	13,0 (9,4)	1;125	6,7*	0,011
évitement	4,8 (4,6)	8,2 (6,7)	1;125	8,8**	0,004
stress aigu (score > 19)	15 (32,6)	42 (50,6)	1;129	3,87*	0,049
Grief Experience Questionnaire (GEQ)	87,1 (24,6)	97,3 (31,9)	1;123	2,9	0,09
Répercussions professionnelles					
à 1 mois	67,2 (30,5)	80,6 (35,2)	1;121	4,0*	0,048
actuelles	42,4 (17,9)	55,2 (23,0)	1;122	10,1**	0,002

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

TABLEAU 3
VARIABLES ASSOCIÉES À L'INTENSITÉ DES RÉACTIONS DE STRESS CHEZ LES FEMMES
SUITE AU SUICIDE D'UN PATIENT

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>ß</i>
Ne savaient pas que leur patient était suicidaire	1,21	0,53	3,36*
Degré de proximité au patient ¹	0,35	0,15	1,42*

* $p < 0,05$

Les variables avec un $p < 0,10$ ont été maintenues dans le modèle.

1. Les participants ont noté leur degré d'accord avec l'énoncé «J'étais très proche du patient», sur une échelle de Likert en 6 points allant de 1 = Fortement en désaccord à 6 = Fortement en accord.

l'Impact of Event Scale (IES) chez les femmes. Les variables étudiées comprenaient: la relation au décédé (durée et fréquence des rencontres, proximité au patient, connaissance des idéations suicidaires du patient), la formation (théorique et clinique) et l'expérience quant à la problématique du suicide (expérience auprès de personnes suicidaires, informations reçues sur la possibilité de perdre un patient par suicide), le stress occupationnel (poursuites légales, médiatisation de l'événement, découverte du corps du patient et réactions négatives de l'entourage du professionnel) et le soutien social.

RÉSULTATS

PARTICIPANTS

Quatre cents des 4616 professionnels sollicités pour participer à la recherche ont répondu à la première partie du questionnaire portant sur les variables démographiques du professionnel, ce qui représente un taux de réponse de 9%. Sur ces 400 professionnels, 141 (35%) ont vécu le suicide d'un patient. L'échantillon était composé de 71 psychologues (50%), de 56 infirmiers(ères) en psychiatrie (40%) et de 14 psychiatres (10%). Il y avait 89 femmes (63%) et 52 hommes (37%). Les caractéristiques démographiques des

participants ne différaient généralement pas de façon significative entre les hommes et les femmes (voir tableau 1). Les professionnels ont perdu leur patient en moyenne cinq ans avant de participer à l'étude: 22% ($n = 29$) ont perdu leur patient au cours de la dernière année et 78% ($n = 100$) entre un et 23 ans. La moyenne d'âge des professionnels au moment du décès était de 40 ans (ÉT = 9,4). Ils avaient pratiqué leur profession en moyenne pendant 13 ans (ÉT = 9,1) et accordaient 74% (ÉT = 26,5) de leur temps au service clinique direct auprès des patients. Cent dix-neuf professionnels (84%) travaillaient dans le secteur public et 22 (16%), dans le secteur privé. La majeure partie des professionnels (81%) avaient rencontré leur patient sur une base individuelle. Soixante-dix pour cent ($n = 92$) étaient au courant des idéations suicidaires du patient et 37% ($n = 46$) avaient établi un contrat de non-suicide avec leur patient avant le décès. Quant aux événements survenus après le décès, moins de 20% des professionnels ont décrit avoir vécu des événements négatifs. Quarante-vingt-quatre pour cent des professionnels ($n = 107$) ont mentionné avoir reçu une formation théorique sur le suicide, contre 62% ($n = 76$) une formation clinique sur ce thème. La majeure partie des professionnels (84%) avaient été informés quant

à la possibilité de perdre un patient par suicide, mais peu avaient été informés de l'impact que pouvait avoir sur eux un tel événement (19%).

RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES:

INFLUENCE DU TYPE DE PROFESSION ET DU TEMPS ÉCOULÉ DEPUIS LE DÉCÈS

Le type de profession et le temps écoulé depuis le suicide du patient n'ont eu aucune influence significative sur l'intensité des réactions chez les hommes et les femmes, et ce, sur aucune des échelles de cette étude.

LE TYPE DE RÉACTIONS:

RÉSULTATS AUX ÉCHELLES EN FONCTION DU SEXE DES PROFESSIONNELS

Les professionnels en santé mentale réagissent différemment au suicide d'un patient en fonction de leur sexe (voir tableau 2). Les femmes obtiennent un score plus élevé à *l'Impact of Event Scale* (IES), c'est-à-dire ressentent une détresse significativement plus élevée que les hommes, $F(1, 125) = 8,9$, $p < 0,01$, autant sur la sous-échelle d'intrusion, $F(1, 125) = 6,7$, $p < 0,05$, que sur celle d'évitement $F(1, 125) = 8,8$, $p < 0,01$. Nous observons également des répercussions plus importantes sur leur pratique professionnelle pendant le premier mois suivant le décès, $F(1, 121) = 4,0$, $p < 0,05$, ainsi que sur leur pratique professionnelle actuelle, $F(1, 122) = 10,1$, $p < 0,01$. Les hommes et les femmes présentent des scores semblables au *Grief Experience Questionnaire* (GEQ), $F(1, 123) = 2,9$, $p = 0,09$, indiquant des scores de deuil faibles tant pour les femmes que pour les hommes.

Les scores sur l'IES indiquent que les femmes réagissent en moyenne au suicide d'un patient par des réactions de stress élevées ($x = 21,2$, ÉT = 14,7), alors que leurs homologues masculins présentent une réaction de stress faible ($x = 13,4$, ÉT = 11,2), d'intensité cliniquement non significative. Pour 50,6% ($n = 42$) des femmes, comparativement à 32,6% ($n = 15$) des hommes, le niveau de stress atteint une intensité cliniquement significative, $F(1, 129) = 3,87$, $p < 0,05$. Chez les deux sexes, le stress se manifeste davantage par l'intrusion d'idées, d'images, de souvenirs ou de sentiments liés au suicide (femmes, $x = 13,0$, ÉT = 9,4; hommes, $x = 8,6$, ÉT = 7,2) que par leur évitement ($x = 8,2$, ÉT = 6,7; $x = 4,8$, ÉT = 4,6), $t(80) = 5,82$, $p < 0,001$ et $t(45) = 5,58$, $p < 0,001$. Les résultats d'une régression logistique avec méthode ascendante pas à pas indiquent que les femmes ayant vécu une réaction de stress cliniquement significative à *l'Impact of Event Scale* (IES) (score > 19) sont celles qui: ne savaient pas que leur patient était suicidaire, $O.R. = 3,4$, $p < 0,05$, et rap-

TABLEAU 4
RÉPERCUSSIONS PROFESSIONNELLES EN FONCTION DU SEXE DES PROFESSIONNELS

	Fréquence des réactions ¹					Intensité des réactions				
	<i>n</i> = 45	<i>n</i> = 80	%		χ^2	<i>x</i>		ÉT		<i>F</i>
	M	F	M	F		M	F	M	F	
Inquiétudes accrues concernant la compétence d'évaluer / de traiter des patients suicidaires	39	72	86,7	90	0,3	4,6	5,1	1,7	1,8	1,9
Anxiété accrue lors de l'évaluation / du traitement de patients suicidaires	37	73	82,2	91,3	2,2	4,6	5,0	1,8	1,7	1,4
Évaluation d'un plus grand nombre de patients comme présentant un risque de suicide	29	51	64,4	63,8	0,01	4,1	4,8	1,4	1,6	4,6*
Sentiment accru d'impuissance lors de l'évaluation / du traitement de patients suicidaires	31	59	68,9	73,8	0,3	3,9	4,7	1,6	1,8	4,9*
Sentiment de culpabilité par rapport au suicide du patient	32	65	71,1	81,2	0,2	4,4	4,5	1,8	1,9	0,1
Acceptation accrue de l'occurrence du suicide	28	58	62,2	72,5	1,4	4,0	4,3	1,3	1,5	1,3
Pensées répétées en regard du suicide du patient	34	69	75,6	86,3	2,3	4,3	4,8	1,9	1,8	2,2
Sentiment d'efficacité personnelle diminuée en tant que thérapeute	33	60	73,3	75	0,04	3,9	4,5	1,6	1,8	2,7
Sensibilité accrue aux indices du risque suicidaire	41	78	91,1	97,5	2,6	4,7	5,2	1,7	1,7	2,0
Sentiment diminué de l'efficacité de la thérapie	29	60	64,4	75	0,1	4,2	4,8	1,6	1,7	2,2
Tendance accrue à hospitaliser des patients suicidaires ou précautions accrues dans leur traitement	28	66	62,2	82,5	6,4*	3,9	5,2	1,6	1,8	10,4**
Sélection plus conservatrice de patients	20	40	44,4	50	0,4	4,9	5,2	1,8	1,9	0,4
Restriction quant au nombre de patients suicidaires traités	14	30	31,1	37,5	0,5	4,9	4,8	1,8	1,9	0,0
Refus temporaire de traiter des patients suicidaires	12	24	26,7	30	0,2	4,3	5,2	2,0	1,9	1,5
Refus permanent de traiter des patients suicidaires	6	19	13,3	23,8	2,0	3,5	4,8	2,1	1,8	2,3
Envisager de quitter la profession suite au suicide du patient	8	19	17,8	23,8	0,6	4,6	4,1	1,9	1,7	0,6
Sentiment de responsabilité face au suicide du patient	30	62	66,7	77,5	1,7	4,4	4,5	1,7	1,8	0,0
Inquiétude accrue concernant l'assurance professionnelle	18	38	40	47,5	0,7	4,1	4,4	1,6	1,8	0,6
Attention accrue aux aspects légaux dans la pratique	30	53	75	66,3	0,0	3,8	5,0	1,3	1,8	10,5**
Consultation plus fréquente de collègues	30	56	75	70	0,2	3,7	4,8	1,6	1,8	7,5**
Consultation plus fréquente de superviseurs	18	45	40	56,3	3,0	3,3	4,6	1,5	1,8	6,4*
Intérêt accru par rapport à la problématique du suicide	31	60	68,9	75	0,5	4,3	4,6	1,7	1,7	0,8
Pratiques de tenue de dossier plus conservatrices	30	55	66,7	68,8	0,1	4,3	4,9	1,7	1,6	2,4

Les analyses statistiquement significatives et les tendances sont en caractère gras (*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; tendance = $p < 0,10$).

1. L'instrument de mesure comporte une échelle de Likert en 7 points allant de 1 = aucun impact à 7 = impact élevé. La première colonne du tableau indique la fréquence des réactions, comptabilisée comme étant la présence ou non de chaque répercussion. La deuxième colonne du tableau indique l'intensité des réactions, qui est la moyenne des scores sur l'échelle de Likert excluant le score 1, qui signifie une absence d'impact et n'est donc pas comptabilisé.

portaient se sentir affectivement proche du patient, $O.R. = 1,4$, $p < 0,01$. Ces variables ensemble prédisent à 66% la réaction de stress clinique (voir tableau 3).

LES RÉPERCUSSIONS SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Les femmes dévoilent des répercussions plus importantes sur leurs pratiques professionnelles pendant le premier mois sui-

vant le décès, $F(1, 121) = 4,0$, $p < 0,05$, ainsi qu'actuellement, $F(1, 122) = 10,1$, $p < 0,01$. Les femmes rapportent un impact significativement plus fort que les hommes sur les pratiques professionnelles suivantes dans le premier mois: une tendance accrue à hospitaliser des patients suicidaires ou des précautions accrues dans leur traitement, l'évaluation d'un plus grand nombre de patients comme présentant un risque de

suicide, un sentiment accru d'impuissance lors de l'évaluation ou du traitement de patients suicidaires, la consultation plus fréquente de collègues et de superviseurs et une attention accrue aux aspects légaux dans la pratique (voir tableau 4). Mentionnons aussi qu'autant d'hommes (27 %) que de femmes (30 %) indiquent avoir refusé temporairement de traiter des patients suicidaires, $\chi^2(1, 125) = 0,16$,

TABLEAU 5

SOUTIEN REÇU PAR CERTAINES INTERACTIONS ET ACTIVITÉS EN FONCTION DU SEXE DES PROFESSIONNELS

	Fréquence du soutien ¹					Degré d'aide apportée				
	n = 40 M	n = 72 F	% M	% F	χ^2	x M	x F	ÉT M	ÉT F	F
Discussion avec un ou des collègues ayant vécu le suicide d'un patient	39	70	97,5	97,2	0,0	5,8	6,1	1,2	1,3	1,3
Discussion avec le réseau personnel (famille, conjoint ou amis)	35	60	87,5	83,3	0,4	4,9	5,4	1,7	1,7	1,9
Lecture d'un article sur le thème général du suicide	32	56	80	77,8	0,1	4,4	5,4	1,9	1,5	7,3**
Lecture d'un article sur le thème général du deuil par suicide	25	49	62,5	68,1	0,4	4,7	5,5	1,8	1,6	3,5
Lecture d'un article théorique ou scientifique sur le thème du suicide d'un patient	18	42	45	58,3	1,8	4,6	5,9	1,8	1,3	10,5**
Lecture d'un article sur l'expérience d'un professionnel à la suite du suicide d'un patient	18	35	45	48,6	0,1	5,0	5,6	2,1	1,5	1,6
Discussion avec un superviseur	15	37	37,5	51,4	0,7	5,6	5,8	1,4	1,7	0,1
Participation à une discussion du suicide du patient par un groupe de collègues	15	36	37,5	50	0,5	5,5	6,2	1,8	1,4	1,7
Aide apportée à un autre professionnel ayant à vivre le suicide d'un patient	19	29	47,5	40,3	0,6	5,1	5,2	2,0	1,9	0,03
Présentation sur le thème du suicide lors d'un atelier ou d'une conférence	16	25	40	34,7	0,3	4,6	5,6	2,0	1,2	3,9
Participation à une revue formelle des circonstances entourant le suicide du patient	12	28	30	38,9	0,9	5,0	6,1	2,2	1,3	3,6
Discussion avec un collègue spécialisé en suicidologie	7	22	17,5	30,6	2,3	6,3	6,2	1,5	1,6	0,01
Discussion avec un thérapeute personnel (c.-à.d. thérapie personnelle)	8	21	20	29,2	1,1	5,0	6,0	2,1	1,6	2,0
Présentation de l'histoire de cas lors d'une conférence	7	15	17,5	20,8	0,2	4,7	5,3	2,7	1,5	0,4
Écriture d'un article sur le thème du suicide	11	11	27,5	15,3	2,4	4,7	5,5	2,1	2,1	0,7
Présence aux funérailles du patient	5	10	12,5	13,9	0,1	6,4	5,1	0,9	1,7	2,4
Participation à un groupe de soutien pour professionnels ayant vécu le suicide d'un patient	5	7	10	9,8	1,0	5,4	4,7	2,5	2,6	0,2
Discussion avec un ou des collègues n'ayant pas vécu le suicide d'un patient	29	68	72,5	94,4	24,1***	5,1	4,8	1,8	1,8	0,4
Discussion avec la famille (ou amis) du patient décédé	22	31	55	43,1	1,5	5,3	4,8	2,2	1,9	0,8
Discussion avec un guide spirituel (c.-à.d. prêtre ou autre)	5	10	1,5	13,9	0,1	5,4	4,7	2,5	2,8	0,2
Consultation d'un représentant légal (c.-à.d. avocat, assurance professionnelle)	3	13	7,5	18,1	2,3	4,3	4,0	3,1	2,7	0,03
Écriture d'un article sur le patient	2	8	5	11	1,2	3,0	4,1	2,8	2,5	0,3

Les analyses statistiquement significatives et les tendances sont en caractère gras (*** p < 0,001 ; ** p < 0,01 ; tendance = p < 0,10).

1. L'instrument de mesure comporte une échelle de Likert en 7 points allant de 1 = non aidant à 7 = très aidant. La première colonne du tableau indique la fréquence du soutien, comptabilisée comme étant l'utilisation ou non de chaque source de soutien. La deuxième colonne du tableau indique le degré d'aide apportée, qui est la moyenne des scores sur l'échelle de Likert.

p = 0,69, et qu'un pourcentage relativement équivalent (18% contre 24%) disent avoir envisagé de quitter leur profession à la suite du suicide de leur patient, $\chi^2(1, 125) = 0,61$, p = 0,44.

Les répercussions professionnelles diminuent significativement en fonction du temps chez les hommes et les femmes, $t(44) = -7,56$, p < 0,001 et $t(78) = -9,84$, p < 0,001. La majorité des

femmes restent modérément sensibles aux indices du risque suicidaire (98%), alors que toutes les autres répercussions sur les pratiques diminuent en fréquence et en intensité.

LES SOURCES DE SOUTIEN UTILISÉES ET LEUR VALEUR

Les sources de soutien ne diffèrent pas en fonction du sexe chez les professionnels sur l'échelle globale du *Questionnaire sur le soutien reçu par certaines interactions et activités*, ni dans la quantité de soutien, $F(1, 128) = 0,8$, $p = 0,37$, ni dans la valeur aidante accordée, $F(1, 128) = 2,4$, $p = 0,13$. Les professionnels optent pour des sources de soutien variées ($x = 8$), et ce, d'autant plus que leurs réactions de stress à l'*Impact of Event Scale* (IES) sont élevées ($r = 0,21$, $p < 0,05$). Ces sources de soutien sont généralement perçues comme étant très aidantes. Le tableau 5 présente ces interactions et activités, en fonction de leur fréquence et du degré de soutien perçu par les professionnels selon leur sexe. Malgré les similitudes sur l'échelle globale, les femmes se sentent plus soutenues que les hommes par la lecture (d'un article sur le thème général du suicide, sur le deuil par suicide et sur le suicide d'un patient), la présentation sur le thème du suicide lors d'un atelier ou d'une conférence et la participation à un audit clinique. Toutes les autres interactions et activités sont appréciées de façon équivalente.

Soixante et un pour cent des femmes et 45 % des hommes ont exprimé leur intérêt pour un groupe de soutien composé de professionnels en santé mentale ayant vécu le suicide d'un patient, $\chi^2(1, 119) = 2,7$, $p = 0,10$. Leur intérêt reposait sur divers besoins : de soutien ($n = 40$; 50 %); de trouver un sens à l'événement et d'établir les limites de leur responsabilité ($n = 14$; 18 %); de s'adapter ($n = 13$; 16 %); d'appartenance ($n = 8$; 10 %); de briser l'isolement et le tabou entourant l'événement ($n = 5$; 6 %).

DISCUSSION

Le suicide d'un patient est un événement significatif dans la carrière des professionnels en santé mentale, tant au plan personnel que professionnel. Les écrits mentionnent de vives réactions chez les professionnels à la suite du suicide d'un patient et les comparent à celles retrouvées chez les endeuillés (Foster et M.A.ams, 1999; Farberow, 2005; Grad *et al.*, 1997; Kleespies *et al.*, 1990; 1993; Meade, 1999; Pieters *et al.*, 2003; Ruben, 1990; Sudak, 2007; Tillman, 2006; Weiner, 2005). Sans vouloir minimiser l'aspect tragique du suicide d'un patient, les résultats de la présente recherche semblent indiquer que les professionnels ne sont pas endeuillés au sens strict du terme. Ils vivent plutôt des réactions de stress d'intensité variable. Le travail de deuil est une période de détachement d'une relation affective, une période pendant laquelle l'individu endeuillé

apprend à vivre sans la présence de l'autre et qui se traduit par une internalisation des liens avec la personne décédée en vue de créer un futur avec les vivants (Bowlby, 1980; Parkes, 1986; Séguin et Castelli-Dransart, 2006). À l'inverse, les réactions observées chez les professionnels de la santé de notre étude semblent circonscrites au plan du travail, les touchant dans leur rôle de soignant. Aborder les conséquences du suicide d'un patient sous l'angle général du deuil risque de dénaturer cette perte de son caractère fondamentalement unique, telle qu'elle est vécue par le professionnel. Toutefois, même si les professionnels ne semblent pas endeuillés au même titre que s'ils vivaient le décès d'un proche dans leur entourage personnel, il est possible que la perte soit vécue sous une autre forme, par exemple par un deuil d'idéal ou de la toute-puissance thérapeutique.

Malgré le constat général d'une absence de deuil, les professionnels de notre étude ont tout de même réagi au suicide de leur patient, mais de manière différente en fonction de leur sexe. Les femmes paraissent y avoir répondu par un niveau de stress que l'on peut qualifier de cliniquement significatif dans le premier mois, alors que leurs homologues masculins ont dévoilé un niveau de stress d'intensité non significative. Deux facteurs semblent avoir contribué au stress élevé retrouvé chez les femmes : s'être senti affectivement proche du patient et ne pas avoir su que le patient était suicidaire. Certaines explications peuvent être évoquées pour comprendre ces liens. Parmi ces explications, il est possible de penser que certaines professionnelles se seraient senties ébranlées dans leur croyance en l'aspect protecteur de la relation thérapeutique ou aient investi davantage la relation au patient. D'autre part, il se peut qu'elles se soient blâmées davantage pour avoir méconnu les idéations suicidaires de leur patient ou que cette méconnaissance ait pu accentuer le choc relié à l'imprévisibilité du geste.

Le niveau élevé de stress retrouvé chez les femmes, manifeste surtout par des pensées intrusives liées au suicide plutôt que par de l'évitement, semble accompagné de répercussions initialement plus intenses sur leurs pratiques professionnelles : tendance accrue à hospitaliser des patients suicidaires ou précautions accrues dans leur traitement, évaluation d'un plus grand nombre de patients comme présentant un risque de suicide, sentiment accru d'impuissance lors de l'évaluation ou du traitement de patients suicidaires, consultation plus fréquente de collègues et de superviseurs et attention accrue aux aspects légaux dans la pratique.

Ces résultats confirment ce qui ressort de la littérature : les femmes sont plus vulnérables que les hommes au stress (*American Psychological Association*, 2007; Brody, 1997; Bradley *et al.*, 2001; Fugita *et al.*, 1991; Lucas et Gohm, 2000; Matuszek *et al.*, 1995; Seidlitz et Diener, 1998) et aux pertes (Doka, 2003; Hanus, 2003; Lester, 1993; Martin et Doka, 2000; Parkes, 1986; Rando, 1984), y compris les professionnelles en santé mentale ayant vécu le suicide d'un patient (Grad et Michel, 2005; Grad *et al.*, 1997; Lapp, 1986). Outre les caractéristiques biologiques et innées liées au sexe des participants de notre étude (Bradley *et al.*, 2001; Kring et Gordon, 1998; Labouvie-Vief *et al.*, 2003; Taylor *et al.*, 2000), la théorie de la socialisation et celle du développement professionnel peuvent être évoquées pour mieux comprendre les différences retrouvées selon le sexe des professionnels.

Selon Martin et Doka (2000), il existe trois principaux types de réactions à la perte : intuitives, instrumentales et dissonantes. La personne ayant des réactions *intuitives* réagit à la perte sur un mode essentiellement affectif, par des émotions exprimées intensément et la recherche de soutien lui permettant de ventiler ses affects. La personne ayant des réactions de type instrumental vit surtout le décès sur un mode cognitif et favorise la recherche active de solutions. Quant à la dissonance, elle implique que l'on s'empêche de vivre certaines composantes de la perte selon notre mode privilégié de réaction, qu'il soit intuitif ou instrumental. Malgré l'importance de situer ces pôles sur un continuum plutôt qu'en dichotomie (Bonanno *et al.*, 2004; Bonanno et Kaltman, 1999; Folkman, 2001; Folkman et Lazarus, 1984, 1988; Green *et al.*, 2005; Nolen-Hoeksema, 2001; Weiten et Lloyd, 2006), la socialisation inciterait habituellement les femmes à développer une réaction intuitive à la perte (accompagnée de stratégies adaptatives orientées vers les émotions), tandis que les hommes seraient plutôt encouragés à adopter un type instrumental de réaction (accompagné de stratégies orientées vers les solutions) (Doka, 2003; Folkman et Lazarus, 1980; Jenkins, 1991; Martin et Doka, 2000; Nolen-Hoeksema et Jackson, 2001; Nolen-Hoeksema *et al.*, 1993; 1999; Ptacek *et al.*, 1994; Stroebe, 2001; Stroebe et Schut, 2001; Thayer *et al.*, 1994; Vingerhoets et Van Heck, 1990). Ces mêmes constatations se retrouvent dans la littérature sur le stress dans le milieu de travail (Trocki et Orioli, 1994; Nelson et Burke, 2000; Nelson *et al.*, 1997; Vermeulen et Mustard, 2000; Vingerhoets et Van Heck, 1990).

Ces styles de réponses à l'adversité pourraient partiellement expliquer l'impact différentiel du suicide d'un patient retrouvé chez les professionnels de notre étude. Il se peut que les femmes aient eu une tendance à l'expression active de leurs émotions quant au suicide de leur patient, alors que les hommes auraient eu tendance à réfléchir à un plan d'action pour prévenir le suicide d'un autre patient, créant ainsi une image d'imperturbabilité alors qu'ils auraient vécu l'impact du suicide de façon rationnelle. Les réactions émotives de faible intensité des hommes à la perte ont souvent été apparentées au déni ou à l'évitement (Burke, 2002; Kim et Jacobs, 1991; Staudacher, 1991; Zisook et Shuchter, 1991), mais il semble qu'il s'agirait plutôt d'une différence dans l'expression de la perte, qui ne serait pas reliée à une issue négative (Bonanno *et al.*, 2002; Bonanno et Kaltman, 1999; Lund, 2000; Doka, 2000; Stroebe, 2001). Les femmes ont donc pu mettre un accent particulier sur leurs sentiments face au suicide et leur relation au patient, ce qui peut expliquer leurs réactions de stress cliniquement significatives. Les hommes ont pu davantage réfléchir au sens à attribuer au geste et à la manière d'y réagir, ce qui peut expliquer leurs réactions de stress faibles face au suicide de leur patient.

La relation thérapeutique a fréquemment été comparée à la relation parentale (Litman, 1994; Maltsberger, 1992; Maltsberger et Buie, 1974). Elle demande au thérapeute d'être particulièrement empathique et attentif à l'autre, se centrant sur le patient en laissant de côté ses propres réactions et besoins. Cette posture thérapeutique peut tirer ses origines de la socialisation chez les femmes, qui renforce des attributs relationnels liés aux soins, à la coopération, à l'attention et à la sensibilité à autrui. Les femmes peuvent donc être prédisposées à réagir avec une intensité particulièrement élevée au suicide d'un patient, étant donné leur investissement accru dans le domaine interpersonnel et leur attachement distinct aux patients (Fletcher, 1998, 1999; Gabbard et Lester, 1995; Hartmann, 1991; Lester, 1990, 1993). La tendance des femmes à taire leur agressivité pourrait aussi les prédisposer à vivre une réaction traumatique face à un événement *violent* tel que le suicide (Kring, 2000; Labovvie-Vief *et al.*, 2003; Shaffer, 1996; Taylor *et al.*, 2000; Triosi, 2001).

Malgré les différences de réactions retrouvées selon le sexe, les femmes et les hommes de cette étude ont rapporté utiliser le même nombre de sources de soutien et les considérer aidantes au même niveau. Les thérapeutes des deux sexes ont utilisé des sources variées de soutien

afin de composer avec le suicide de leur patient, surtout si leurs réactions étaient fortes. Ils ont favorisé l'aspect relationnel (discussions avec des collègues, supervision ou thérapie) et les activités entreprises étaient considérées aidantes (audit clinique, présence aux funérailles, rencontre de la famille du patient décédé, lecture d'articles). Cette similitude entre les hommes et les femmes de notre étude irait à l'encontre de la littérature sur l'adaptation au stress, qui présente les femmes comme sollicitant davantage leur réseau social et les hommes comme utilisant davantage un soutien instrumental axé sur les solutions (Doka, 2003; Folkman et Lazarus, 1980; Jenkins, 1991; Martin et Doka, 2000; Nolen-Hoeksema et Jackson, 2001; Nolen-Hoeksema *et al.*, 1993; 1999; Ptacek *et al.*, 1994; Stroebe, 2001; Stroebe et Schut, 2001; Tamres *et al.*, 2002; Thayer *et al.*, 1994; Vingerhoets et Van Heck, 1990). Cependant, il semble que les hommes bénéficient davantage du soutien social lorsque celui-ci est déployé dans le milieu de travail, comparativement aux femmes (Baruch *et al.*, 1987).

Au-delà du processus de socialisation, des éléments du développement professionnel peuvent être évoqués pour expliquer cette similitude dans l'utilisation de sources de soutien (Orlinsky et Rønnestad, 2005; Rønnestad et Skovholt, 2001; Skovholt et Rønnestad, 1992). Il se peut que les professionnels en santé mentale se distinguent de la population générale dans leurs attributs et que cette occupation attire davantage des personnes de type intuitives. Peut-être aussi que les hommes subissent un processus de socialisation professionnel, comme les femmes, qui les encouragerait à développer davantage leurs attributs relationnels. Encore, le milieu de travail peut se regrouper autour du professionnel à la suite du suicide d'un patient et lui offrir une variété d'alternatives de soutien. Tous ces facteurs peuvent estomper la différence naturelle de genre qui serait autrement retrouvée.

En résumé, il paraît naturel de considérer que le suicide d'un patient affecte tout professionnel en santé mentale, peu importe son sexe. Ces réactions peuvent cependant se traduire par niveaux de stress différents : les femmes atteignent un seuil d'intensité plus élevé que celui des hommes, qui présentent des réactions de faible intensité. À la lumière de ces différences, des initiatives concrètes pourraient aider les femmes à mieux vivre le suicide d'un patient. Par exemple, des interventions de soutien (Bultema, 1994; Cooper, 1995; Little, 1992) et un plan intégré de formation et de supervision (Foster et McAdams, 1999) pourraient être mis sur pied.

Cette recherche présente des limites méthodologiques et devrait idéalement être reproduite dans un cadre prospectif et longitudinal à l'aide d'entrevues individuelles, afin de mieux cerner la réalité expérientielle des professionnels et d'élucider les différences dans les réponses au suicide d'un patient selon le sexe. La méthodologie rétrospective employée soulève des biais quant à la validité du rappel des réactions, ainsi que des biais dus à l'histoire et à la maturation des participants. De plus, les réactions ont été mesurées seulement à l'intérieur du premier mois après le suicide. Il n'y avait pas d'indication de difficultés cliniques au-delà d'un mois chez les professionnels des deux sexes, mais il se peut que la remise en question professionnelle ait pu persister au-delà de cette période de temps. Aussi, alors que le *Grief Experience Questionnaire* semble approprié pour une population générale d'endeuillés, il semble inadéquat pour cerner l'expérience de professionnels en santé mentale à la suite du suicide d'un patient. Une mesure des réactions de deuil circonscrites au niveau professionnel pourrait être plus appropriée. Des variables systémiques reliées au milieu occupationnel pourraient aussi être investiguées en lien avec l'intensité des réactions, telles que la charge de travail, la structure et le climat organisationnels, les dynamiques interpersonnelles au travail et l'interface travail-famille (Cooper, 1996; Fielden et Cooper, 2002). Encore, malgré l'attention particulière accordée à la confidentialité, les résultats ont pu être altérés par la désirabilité sociale des participants ou par un biais de sélection, qui auraient pu se manifester de façon différente en fonction du sexe des professionnels. Nous ne savons pas combien des 4616 professionnels sollicités pour participer à la recherche ont vécu le suicide d'un patient, étant donné le faible taux de participation. Notre taux de réponse s'avère inférieur à celui obtenu dans d'autres études (29%-78%) (Alexander *et al.*, 2000; Trimble *et al.*, 2000), ce qui peut être dû à l'envoi par courrier électronique, à la longueur du questionnaire et/ou à la méthode d'échantillonnage utilisée. En effet, chaque professionnel des associations ciblées a été sollicité pour participer à la recherche. Un choix plus spécifique des professionnels les plus à risque d'être confrontés au suicide d'un patient aurait pu augmenter le taux de participation (par exemple, solliciter seulement la participation des professionnels qui travaillaient en clinique). Ainsi, il est possible que les professionnels ayant vécu les impacts les plus importants à la suite du suicide aient refusé de participer à la recherche ou, au contraire, y aient répondu en plus grand nombre. Il se peut

aussi que ceux qui ont répondu étaient plus à l'aise avec leurs émotions et plus enclins à partager ouvertement, ce qui aurait pu résulter en une sous-estimation de l'intensité du vécu émotionnel relié à la perte d'un patient par suicide. Toutefois, cette recherche constitue un progrès au plan méthodologique, en ce sens qu'elle tient compte du temps écoulé depuis le suicide et inclut plusieurs types de profession. C'est la seule recherche empirique jamais réalisée au Québec sur le sujet. Pour la première fois, cette enquête analyse, de façon systématique à l'aide d'instruments de mesure et d'une consigne spécifique, l'influence du sexe des professionnels sur leurs réactions au suicide d'un patient.

Tout professionnel risque d'être confronté au suicide d'un patient au cours de sa carrière. Au-delà des réactions généralement retrouvées à la suite d'un tel événement et des différences en fonction du sexe des professionnels, un respect s'impose face à la diversité de répercussions possibles.

Bibliographie

ALEXANDER, D.A., S. KLEIN, N.M. GRAY, I.G. DEWAR et J.M. EAGLES (2000). « Suicide by patients: Questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists », *British Medical Journal*, vol. 320, p. 1571-1574.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2007). « Stress in America », en ligne, <<http://apahelpcenter.mediaroom.com/file.php/138/Stress+in+America+Report+Final.doc>>, Washington (DC), consulté le 2009-04-07.

BARRETT, T.W. et T.B. SCOTT (1989). « Development of the Grief Experience Questionnaire », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 19, n° 2, p. 201-215.

BARUCH, G.K., L. BEINER et R.C. BARNETT (1987). « Women and gender research on work and family stress », *American Psychologist*, vol. 42, p. 130-136.

BONANNO, G. et S. KALTMAN (1999). « Toward an integrative perspective on bereavement », *Psychological Bulletin*, vol. 125, p. 760-776.

BONANNO, G.A., A. PAPA, K. LALANDE, M. WESTPHAL et K. COIFMAN (2004). « The importance of being flexible: The ability to enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment », *Psychological Science*, vol. 157, p. 482-487.

BONANNO, G.A., C.B. WORTMAN, D.R. LEHMAN, R.G. TWEED, M. HARING et al. (2002). « Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 83, n° 5, p. 1150-1164.

BOWLBY, J. (1980). *Attachment and Loss. Loss: Sadness and Depression*, vol. 3, Londres, Hogarth Press.

BRADLEY, M.M., M. CODISPOTI, D. SABATINELLI et P.J. LANG (2001). « Emotion and motivation. Sex differences in picture processing », *Emotion*, vol. 1, p. 300-319.

BRODY, L.R. (1997). « Gender and emotion: Beyond stereotypes », *Journal of Social Issues*, vol. 53, p. 369-395.

BULTEMA, J.K. (1994). « Healing process for the multidisciplinary team: Recovering post-inpatient suicide », *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 32, n° 2, p. 19-24.

BURKE, R.J. (2002). « Men, masculinity, and health », dans D.L. NELSON et R.J. BURKE (dir.), *Gender Work Stress and Health*, Washington, DC, American Psychological Association Press, p. 35-54.

CHEMTOB, C.M., G. BAUER, R.S. HAMADA, S. PELOWSKI et M.Y. MURAOKA (1989). « Patient suicide: Occupational hazard for psychologists and psychiatrists », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 20, n° 5, p. 294-300.

CHEMTOB, C.M., R.S. HAMADA, G. BAUER, B. KINNEY et R.Y. TORIGOE (1988 a). « Patients' suicides: Frequency and impact on psychiatrists », *American Journal of Psychiatry*, vol. 145, n° 2, p. 224-228.

CHEMTOB, C.M., R.S. HAMADA, G. BAUER, B. KINNEY et R.Y. TORIGOE (1988 b). « Patient suicide: Frequency and impact on psychologists », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 19, n° 4, p. 416-420.

COLLINS, J.M. (2003). « Impact of patient suicide on clinicians », *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 9, n° 5, p. 159-162.

COOPER, C. (1995). « Psychiatric stress debriefing (Alleviating the impact of patient suicide and assault) », *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 33, n° 5, p. 21-25.

COOPER, C.L. (1996). *Handbook of Stress, Medicine and Health*, Boca Raton (FL), CRC Press.

COTTON, P.G., R.E. DRAKE, A. WHITAKER et J. POTTER (1983). « Dealing with suicide on a psychiatric inpatient unit », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 34, n° 1, p. 55-59.

COURTENAY, K.P. et J.P. STEPHENS (2001). « The experience of patient suicide among trainees in psychiatry », *Psychiatric Bulletin*, vol. 25, p. 51-52.

CRYAN, E.M., P. KELLEY et B. McCAFFREY (1995). « The experience of patient suicide among Irish psychiatrists », *Psychiatric Bulletin*, vol. 19, p. 4-7.

CYR, M., C. THERIAULT et J. WRIGHT (1996). *Évaluation de l'impact d'un événement stressant: traduction française du Impact of Event Scale (Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979)*, Montréal, Département de psychologie, Université de Montréal.

CYR, M., J. WRIGHT, J. TOUPIN et J. OXMAN-MARTINEZ (2001). *Facteurs influençant le soutien des mères dont les*

enfants sont abusés sexuellement, rapport déposé au CQRS, p. 55.

DEWAR, I., J. EAGLES, S. KLEIN, N. GRAY et D. ALEXANDER (2000). « Psychiatric trainees' experiences of, and reactions to, patient suicide », *Psychiatric Bulletin*, vol. 24, n° 1, p. 20-23.

DOKA, K.J. (2003). « Gender », dans R. KASTENBAUM (dir.), *Macmillan Encyclopedia of Death and Dying*, Chicago (IL), Macmillan Library Reference.

FARBEROW, N.L. (2005). « The mental health professional as suicide survivor », *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, vol. 2, n° 1, p. 13-20.

FIELDEN, S.L. et C.L. COOPER (2002). « Managerial stress: Are women more at risk? », dans D.L. NELSON et R.J. BURKE (dir.), *Gender Work Stress and Health*, Washington, DC, American Psychological Association Press, p. 19-34.

FLETCHER, J.K. (1998). « Relational practice: A feminist reconstruction of work », *Journal of Management Inquiry*, vol. 7, p. 163-186.

FLETCHER, J.K. (1999). *Disappearing Acts: Gender, Power and Relational Practice at Work*, Cambridge (MA), MIT Press.

FOLKMAN, S. (2001). « Revised coping theory and the process of bereavement », dans M. STROEBE, R. HANSSON, W. STROEBE et H. SCHUT (dir.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care*, Washington, DC, American Psychological Association Press.

FOLKMAN, S. et R. LAZARUS (1980). « An analysis of coping in middle aged community sample », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 21, p. 219-239.

FOLKMAN, S. et R. LAZARUS (1984). « Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 46, p. 839-852.

FOLKMAN, S. et R. LAZARUS (1988). « Coping as mediator of emotion », *Journal of Personality and Social Psychiatry*, vol. 54, p. 466-475.

FOSTER, V.A. et C.R. MCADAMS (1999). « The impact of client suicide in counselor training: Implications for counselor education and supervision », *Counselor Education and Supervision*, vol. 39, n° 1, p. 22-33.

FUJITA, F., E. DIENER et E. SANDVIK (1991). « Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 61, p. 427-434.

GABBARD, G.O. et E.P. LESTER (1995). « Boundaries and gender », dans G.O. GABBARD et E.P. LESTER (dir.), *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*, New York, Basic Books, p. 55-67.

GOODMAN, J.H. (1995). « How therapists cope with client suicidal behavior », *Dissertation Abstracts International*, UMI n° 9705345.

- GRAD, O. et K. MICHEL (2005). «Therapists as client suicide survivors», dans K.M. WEINER (dir.), *Therapeutic and Legal Issues for Therapists Who Have Survived a Client Suicide (Breaking the Silence)*, New York, The Haworth Press, p. 71-81.
- GRAD, O.T., A. ZAVASNIK et U. GRO-LEGER (1997). «Suicide of a patient: Gender differences in bereavement reactions of therapists», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 27, n° 4, p. 379-386.
- GREEN, D.L., C. STREETER et E. POME-ROY (2005). «A multivariate model of the stress and coping process», *Stress, Trauma and Crisis*, vol. 8, n° 1, p. 61-73.
- HANUS, M. (2003). *Les deuils dans la vie. Deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant*, Paris, Éditions Maloine.
- HARTMANN, E. (1991). *Boundaries in the Mind: A New Psychology of Personality*, New York, Basic Books.
- HENDIN, H., A.P. HAAS, J.T. MALTSBERGER, K. SZANTO et H. RABINOWICZ (2004). «Factors Contributing to Therapists' Distress After the Suicide of a Patient», *American Journal of Psychiatry*, vol. 161, p. 1442-1446.
- HENRY, M., M. SÉGUIN et M.-S. DROUIN (2003). «L'impact du décès par suicide d'un patient chez les professionnels en santé mentale», *Revue Québécoise de Psychologie*, vol. 24, n° 1, p. 227-242.
- HENRY, M., M. SÉGUIN et M.-S. DROUIN (2004). «Les réactions des professionnels en santé mentale au décès par suicide d'un patient», *Revue Québécoise de Psychologie*, vol. 25, n° 3, p. 241-257.
- HORN, P.J. (1995). «Therapists' psychological adaptation to client suicidal behavior», *Dissertation Abstracts International*, UMI n° 9529644.
- HOROWITZ, M.J., N. WILNER et W. ALVAREZ (1979). «Impact of Event Scale: A measure of subjective distress», *Psychosomatic Medicine*, vol. 41, n° 3, p. 209-218.
- HOWARD, E.L. (2000). «Incidence and impact of client suicide on health service providers in psychology», *Dissertation Abstracts International*, UMI n° 9985639.
- JENKINS, R. (1991). «Demographic aspects of stress», dans C.L. COOPER et R. PAYBE (dir.), *Personality and Stress: Individual Differences in the Stress Process*, Chichester, Wiley, p. 107-132.
- KIM, K. et S. JACOBS (1991). «Pathologic grief and its relationship to other psychiatric disorders», *Journal of Affective Disorders*, vol. 21, p. 257-263.
- KLEESPIES, P.M., W.E. PENK et J.P. FORSYTH (1993). «The stress of patient suicidal behavior during clinical training: Incidence, impact, and recovery», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 24, n° 3, p. 293-303.
- KLEESPIES, P.M., M.R. SMITH et B.R. BECKER (1990). «Psychology interns as patient suicide survivors: Incidence, impact, and recovery», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 21, n° 4, p. 257-263.
- KRING, A.M. (2000). «Gender and anger», dans A.H. FISHER (dir.), *Gender and Emotion: Social Psychological Perspectives*, New York, Cambridge University Press.
- KRING, A.M. et A.H. GORDON (1998). «Sex differences in emotion: Expression, experience, and physiology», *Journal of Social and Personality Psychology*, vol. 74, p. 686-703.
- LABOUVIE-VIEF, G., M.A. LUMLEY, E. JAIN et H. HEINZE (2003). «Age and gender differences in cardiac reactivity and subjective emotion responses to emotional autobiographical memories», *Emotions*, vol. 3, p. 115-126.
- LAPP, G.E. (1986). «Therapists' response to client suicide», *Dissertation Abstracts International*, UMI n° 8621174.
- LESTER, E.P. (1990). «Gender and identity issues in the analytic process», *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 71, p. 435-444.
- LESTER, E.P. (1993). «Boundaries and gender: Their interplay in the analytic situation», *Psychoanalytic Inquiry*, vol. 13, p. 153-172.
- LITMAN, R.E. (1994). «Psychotherapists' orientations towards suicide», dans H.L.P. RESNIK (dir.), *Suicidal Behaviors. Diagnosis and Management*, United States, Jason Aronson, p. 356-363.
- LITTLE, J.D. (1992). «Staff response to inpatient and outpatient suicide: What happened and what should we do?», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 26, n° 2, p. 162-167.
- LUCAS, R.E. et C.L. GOHM (2000). «Age and sex differences in subjective well-being across cultures», dans E. DIENER et E.M. SUH (dir.), *Culture and Subjective Well-Being*, Cambridge (MA), MIT Press, p. 291-318.
- LUND, D.A. (2000). *Men Coping With Grief*, Amityville (NY), Baywood Publishing Company.
- MALTSBERGER, J.T. (1992). «The implications of patient suicide for the surviving psychotherapist», dans D. JACOBS (dir.), *Suicide and Clinical Practice*, Washington, American Psychiatric Press, p. 169-182.
- MALTSBERGER, J.T. et D.H. BUIE (1974). «Countertransference Hate in the treatment of suicidal patients», *American Journal of Psychiatry*, vol. 30, p. 625-633.
- MARTIN, T. et K.J. DOKA (2000). *Men Don't Cry, Women Do: Transcending Gender Stereotypes of Grief*, Philadelphia, Taylor & Francis.
- MATUSZEK, P.A., D.L. NELSON et J.C. QUICK (1995). «Gender differences in distress: Are we asking all the right questions?», *Journal of Social Behavior and Personality*, vol. 10, p. 99-120.
- M.A.AMS, C.R. III et V.A. FOSTER (2000). «Client suicide: Its frequency and impact on counselors», *Journal of Mental Health Counseling*, vol. 22, n° 2, p. 107-121.
- M.A.E, J.F. (1999). «A counselor's journey of loss and healing after losing a client to suicide», *Journal of the California Alliance for the Mentally Ill*, vol. 10, n° 2, p. 30-31.
- NELSON, D.L. et R.J. BURKE (2000). «Women, work, stress and health», dans M.J. DAVIDSON et R.J. BURKE (dir.), *Women in Management: Current Research Issues*, Thousand Oaks (CA), Sage, vol. 2, p. 177-191.
- NELSON, D.L., M.A. HITT et J.C. QUICK (1997). «Men and women of the personnel profession: Some similarities and differences in their stress», *Stress Medicine*, vol. 5, p. 145-152.
- NOLEN-HOEKSEMA, S. (2001). «Ruminative coping and adjustment to bereavement», dans M. STROEBE, R. HANSSON, W. STROEBE et H. SCHUT (dir.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care*, Washington, DC, American Psychological Association Press.
- NOLEN-HOEKSEMA, S. et B. JACKSON (2001). «Mediators of the gender difference in rumination», *Psychology of Women Quarterly*, vol. 25, p. 37-47.
- NOLEN-HOEKSEMA, S., J. LARSON et C. GRAYSON (1999). «Explaining the gender differences in depressive symptoms», *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 77, p. 1061-1072.
- NOLEN-HOEKSEMA, S., J. MORROW et B.L. FREDRICKSON (1993). «Response styles and the duration of episodes of depressed mood», *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 102, p. 20-28.
- ORLINSKY, D.E. et M.H. RØNNESTAD (2005). *How Psychotherapists Develop. A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*, Washington, DC, American Psychological Association Press.
- PARKES, C.M. (1986). «Determinants of grief», dans C.M. PARKES, *Bereavement. Studies of Grief in Adult Life*, New York, Tavistock Publications, p. 136-168.
- PIETERS, G., V. DE GUCHT, G. JOOS et E. DE HEYN (2003). «Frequency and impact of patient suicide on psychiatric trainees», *European Psychiatry*, vol. 18, p. 345-349.
- PTACEK, J.T., R.E. SMITH et K.L. DODGE (1994). «Gender differences in coping with stress: When stressor and appraisals do not differ», *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 20, n° 4, p. 421-430.

- RANDO, T.A. (1984). *Grief, Dying and Death: Clinical Interventions for Caregivers*, Champaign (IL), Research Press.
- RØNNESTAD, M.H. et T.M. SKOVHOLT (2001). « Learning arenas for professional development: Retrospective accounts of senior psychotherapists », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 2, p. 181-187.
- RUBEN, H.L. (1990). « Surviving a suicide in your practice », dans S.J. BLUMENTHAL et D.J. KUPFER (dir.), *Suicide Over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients*, Washington, DC, American Psychiatric Press, p. 619-636.
- SCHNUR, D.B. et E.H. LEVIN (1985). « The impact of successfully completed suicides on psychiatric residents », *Journal of Psychiatric Education*, vol. 9, p. 127-136.
- SÉGUIN, M.-S. et D.-A. CASTELLI-DRANSART (2006). *Le deuil suite à un suicide: symptomatologie et choix d'intervention. Traité de psychiatrie et de pédo-psychiatrie de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC)*, Paris, Elsevier Masson SAS, 37, 500-A-50.
- SEIDLITZ, L. et E. DIENER (1998). « Sex differences in the recall of affective experiences », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 74, p. 262-271.
- SHAFFER, D.R. (1996). « Categorizing males and females: Sex-role standards », dans D.R. SHAFFER (dir.), *Developmental Psychology. Childhood and Adolescence*, Pacific Grove (CA), Brooks/Cole Publishing Company, p. 505-506.
- SHNEIDMAN, E.S. (1969). « Prologue: Fifty-eight years », dans E.S. SHNEIDMAN (dir.), *On the Nature of Suicide*, San Francisco, Jossey-Bass, p. 1-30.
- SKOVHOLT, T.M. et M.H. RØNNESTAD (1992). *The Evolving Professional Self (Stages and Themes in Therapist and Counselor Development)*, New York, John Wiley & Sons.
- STAUDACHER, C. (1991). *Men and Grief*, Oakland (CA), New Harbinger Press.
- STROEBE, M. (2001). « Gender differences in adjustment to bereavement: An empirical and theoretical review », *Review of General Psychology*, vol. 5, n° 1, p. 62-83.
- STROEBE, M. et H. SCHUT (2001). « Models of coping with bereavement: A review », dans M. STROEBE et al. (dir.), *Handbook of Bereavement: Consequences, Coping, and Care*, Washington, DC, American Psychological Association Press, p. 375-403.
- SUDAK, H. (2007). « Encountering patient suicide: The role of survivors », *Academic Psychiatry*, vol. 31, p. 333-335.
- TAMRES, L.K., D. JANICKI et V.S. HELGESON (2002). « Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and examination of relative coping », *Personality and Social Psychology Review*, vol. 6, p. 2-30.
- TAYLOR, S.E., L.C. KLEIN, B.P. LEWIS, T.L. GRUENWALD, R.A. GURUNG et J.A. UPDEGRAFF (2000). « Biobehavioural responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight », *Psychological Review*, vol. 107, p. 411-429.
- THAYER, R.E., J.R. NEWMAN et T.M. MCCLAIN (1994). « Self-regulation of mood: Strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 67, p. 910-925.
- TILLMAN, J.G. (2006). « When a patient commits suicide: An empirical study of psychoanalytic clinicians », *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 87, n° 1, p. 159-77.
- TRIMBLE, L., K. JACKSON et D. HARVEY (2000). « Client suicidal behaviour: Impact, interventions, and implications for psychologists », *Australian Psychologist*, vol. 35, n° 3, p. 227-232.
- TRIOSI, A. (2001). « Gender differences in vulnerability to social stress: A Darwinian perspective », *Physiology & Behavior*, vol. 73, p. 443-449.
- TROCKI, K.F. et E.M. ORIOLI (1994). « Gender differences in stress symptoms, stress-producing contexts, and coping strategies », dans G.P. KEITA et J.J. HURRELL Jr. (dir.), *Job Stress in a Changing Workforce: Investigating Gender, Diversity, and Family Issues*, Washington, DC, American Psychological Association Press, p. 7-22.
- VALLERAND, R.J. (1989). « Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française », *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, vol. 30, n° 4, p. 662-680.
- VERMEULEN, M. et C. MUSTARD (2000). « Gender differences in job strain, social support at work, and psychological distress », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 5, p. 428-440.
- VINGERHOETS, A.J. et G.L. VAN HECK (1990). « Gender, coping, and psychosomatic symptoms », *Psychological Medicine*, vol. 20, p. 125-135.
- WEINER, K.M. (2005). *Therapeutic and Legal Issues for Therapists Who Have Survived a Client Suicide: Breaking the Silence*, New York, Haworth Press.
- WEITEN, W. et M.A. LLOYD (2006). *Psychology Applied to Modern Life*, Belmont (CA), Thomson Wadsworth.
- ZISOOK, S. et S.R. SHUCHTER (1991). « Depression through the first year after the death of a spouse », *American Journal of Psychiatry*, vol. 148, p. 1346-1352.

Note

1. Cette recherche a été réalisée grâce à deux bourses doctorales consécutives, l'une de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) et l'autre, du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) – Réseau santé mentale – Axe suicide.